現在の医療供給態勢に関する社会医学的研究

—入院患者の発病から社会復帰に至る迄の問題点—

Socio-Medical Studies on the Present Medical Care System

—Analysis of Patient's Problem in the Course of Illness from the Onset to Social Re-Entry—

京都大学医学部老年医学教室

奈 倉 道 隆

京都大学医学部公衆衛生学教室

山 下 節 義・西 尾 雅 七

Michitaka Nagura

Department of Geriatrics, Kyoto University, School of Medicine, Kyoto

Noriyoshi Yamashita and Masashichi Nishio

Department of Public Health, Kyoto University, School of Medicine, Kyoto

Investigations have been pursued on patients ranging from the time of onset of illness until their re-entry into society. The period of investigation covers 1962-1967. Total number of patients were 2,000 who has been admitted by internists and surgeons in 21 hospitals in Kyoto, Osaka, Hyogo and Shiga Prefectures.

Investigation procedures were, firstly personal interview covering onset of illness, admission and period under medical treatment, secondly personal communication after 1-3-6-12 months respectively following discharge. In addition, doctor of the hospitals were requested to inform their opinion on the following items:

- A. Timing of admissions
- B. Patient's condition at discharge
- C. Necessity of medical care after discharge

The following conclusions can be drawn from the foregoing facts:

(1) Each patient should be given the choice of Doctor and should follow this doctor's instructions regarding reference to specialists and treatment at proper time.

(2) In order for patients to receive effective medical treatment the function of medical facilities should be differentiated and in addition these facilities should work in close co-operation with one another.

(3) Regarding to post-discharge medical follow-up, it should be pointed out that prevention rather than treatment is the point which should be stressed. As prevention is closely related to their residential lives the medical facilities in the respective areas should be made responsible.

(4) In order that patients enter into society adequately, care as well as socio-economic assistance are necessary after discharge. As for patients under continued medical treatment at home, social services should provide visiting nurses as well as home helpers.

I. は じ め に

最近の医療技術の進歩, 疾病構造の変化¹⁾, 社会保障

の拡大などによって, 我国の医療需要²⁾は質的にも量的にも変化している。しかるに医療を供給する態勢は過去数十年来本質的な変革がなく³⁾, 患者の受療意思によっ

て医療機関が選択され、転医あるいは医療の中断が頻繁に行なわれる一方、医師も患者の病状に応じた適切な医療機関への患者の移送に積極性を欠き、受身の姿勢で診療が続けられている⁴⁾。

このことは、患者にとって不利益であるばかりでなく、医療の効率の低下を招き、発達した医療の成果を国民に十分供給することの妨げになるものと推測される。

著者らは、このことを実証的に追究するため、大都市及び地方都市の各種病院21ヵ所に入院する内科・外科入院患者約2,000名を対象に、入院中に面接調査を行なって入院迄の受診動向、転医過程などを聴取し、また病院主治医に対して質問紙調査を実施した。さらに患者に対してはそれぞれの退院日から1ヵ年間郵送法による追跡調査を行ない、退院後の受療状況や社会復帰の状況等を把握して、入院患者の発病から社会復帰までの受療上及び社会復帰上の問題を分析した。

本邦において、退院患者の追跡調査としては疾病の予後や治療の遠隔成績を知るためのものが数多く認められるが、多数の病院の内科・外科入院患者のすべてについて、発病から社会復帰までの受療上の問題を調査した報告はなく、また英国において、A. P. Curran 等⁵⁾による Glasgow study, A. Mair 等⁶⁾による Dundee study, M. Mckenzie 等⁷⁾による Aberdeen study などは退院患者の機能回復や社会復帰状況を各種疾患にわたって調査報告しているが、受療上の問題をとりあげて医療の供給態勢を論じようとする著者らの調査研究とは目的を異にするものである。

著者らは、現今の医療問題の根底にある矛盾を、主として受療する患者の立場から把握し、医療の供給態勢を整備改革する基本的な方向づけを試みようとする者である。すなわち、現在の医療のしくみが患者にどのような不利益を与え医療の効率にどう影響しているかを実証的に明らかにしながら、これからの国民の健康生活のために最も役立つ医療のあり方を模索する者である。

わが国の医療の矛盾については、前田⁸⁾、朝倉⁹⁾、小倉¹⁰⁾、

榎本¹¹⁾等多くの人々が論じているが、その論点は主として医療経済あるいは社会保障の立場からであった。

なお、著者らの調査は入院治療を受けた患者を対象とし通院診療のみで治療あるいは疾病管理されている患者は対象となっていない。しかし入院患者のほとんどが入院治療の前後に通院診療を受けており、その受診過程を考察することによって、通院診療のみの患者の問題も包含しうると考え、医療態勢全体を考察の対象にして研究をすすめた。

II. 調査の対象と方法

調査対象は第1表に示す21病院の内科・外科の入院患者とし、数日の治療で治癒する急性の疾患と外傷の患者及び結核患者を除外し、さらに面接日に病状重篤なため面接不能である人を除いて悉皆調査を試みた。

病院の選択に当たっては、立地条件ならびに施設規模の差を考慮し、京都市・大阪市の総合病院6ヵ所（大都市大病院群）、京都市の病床規模100床以下の小病院8ヵ所（大都市小病院群）、福知山市、舞鶴市、豊岡市、長浜市、彦根市の大病院7ヵ所（地方都市大病院群）を選定した。

調査は次の調査表により実施した。

① 入院カルテ調査表

入院カルテより氏名・性・年齢・住所・入院時病名・入院時期・医療保険の種類を転記するもの。

② 面接調査表

病床において患者と面接し、発病初期の受診動向、初診から入院までの転医過程、転医理由、かかりつけ医の有無、職業などを質問するもの。

③ 主治医の意見調査表

患者の入院時期が適当であったか否か等を各患者の主治医を対象に自記式調査表によって調査するもの。

④ 退院時調査表

患者の退院期日、退院時転帰、退院後の医療の必要性、退院後の受診医療機関に関する指示内容を記入する退院調査カードを、あらかじめ入院カルテに添付してお

第1表 調査資料の収集状況

	病院数	面接数	退院 確認数	退院後の追跡調査数				調 査 年 月 始 ～ 終
				第1月	第3月	第6月	第12月	
総 数	21	1,933	1,437	931	697	660	584	昭 37. 2～42. 2
大 都 市 大 病 院	6	891	764	527	423	405	370	昭 37. 2～39. 3
大 都 市 小 病 院	8	350	208	84	61	50	41	昭 39. 11～42. 2
地 方 都 市 大 病 院	7	692	465	320	213	205	173	昭 38. 7～40. 8

き、退院時に主治医に記入してもらって郵送で回収するもの。

⑤ 退院後の追跡調査表 (第1・3・6・12月調査)

退院後の回復状況、受診状況、自宅療養または社会復帰の状況等を退院日から満1ヵ月、3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月目に郵送法により調査するもの。

なお、退院後の追跡調査は次のようにすすめた。まず、面接した患者が退院するのを面接日から1ヵ年間待ち、1,437名の退院を確認した。(入院がそれ以上に及ぶ者もあろうが、実際には退院しながら退院時調査表が回収できなかったために退院の確認がもれた者も少なくないと考えられる。) 確認できた退院者のうち68名は死亡退院であったため、残りの1,369名を追跡調査の対象とし、各患者の退院日から1ヵ月目に調査表が届くよう郵送法によって第1月調査を実施した。送信の約10%は宛名人不明で差戻され調査不能となった。不応答者に対しては1乃至2度の督促を行ない、結局931名から返答を得た。第3月調査はこれを対象として退院日から3ヵ月目に行ない、同様の方法で697名から返答を得た。第6月、第12月調査もこれに準じてそれぞれ前回の応答者を対象としておこなった。

病院群別の資料の収集状況は第1表に示す通りである。集計にあたっては、すべての資料がそろった584名分のみでは全調査対象からの偏りが大きくなるため、次の条件に従ってできるだけ収集資料を生かすよう工夫した。すなわち、退院後の受療問題を分析する際は退院第1月調査の資料が得られた931名を集計対象とし、在院期間及び退院時転帰を分析する際はこれに死亡退院を加えた999名を集計対象とし、また退院後1ヵ年間の社会復帰

状況を分析するに当たっては、退院後調査が途中で追跡不能になり復帰時期が明らかでない228名を除いた771名を集計対象とした。

調査時期は第1表に示す如く病院群によって異なるが、昭和37年より42年に至る間である。

Ⅲ. 調 査 結 果

§1 対象の性格

集計に用いた999名の対象の科別疾病構成ならびに性・年齢構成は第2表に示す通りであり、また科別疾病別の在院期間及び退院時の転帰は第3表の如くである。

年齢と、在院期間及び退院時の転帰との関係は、第1図・第4表の如く年齢が進むにつれて、長期在院患者の割合が増えることと治癒退院が減少して未治および死亡退院の割合が増加する傾向とが認められる。また医療保険の種類と在院期間との関係は、第5表にみられる如く被用者保険の本人と日雇保険・生活保護医療扶助の患者で短期在院が少ない傾向を示し、特に後者は長期在院が多いという特徴を示している。それに対し被用者保険の家族、国民健康保険および私費の患者では短期在院の占める割合が大きい。この医療保険の種類と退院時転帰との関係は、日雇保険と生保医療扶助の患者に未治および死亡退院の率が高いという特徴が認められるが、その他には著しい差が認められない。

§2 入院前の受診過程が在院期間および退院時の転帰に及ぼす影響について

入院前の受診過程すなわち発病初期の受診動向や発病から入院までの転医の頻度や入院時期が適当であったかどうか等のことが、入院後の治療にどのような影響を及

第2表 対象の科別疾病構成ならびに性・年齢構成 (実数)

	内 科						外 科					
	総 数	新生物	循環器	消化器	呼吸器	その他	総 数	新生物	消化器	呼吸器	急性腹症	その他
総 数	633	21	176	203	119	114	366	67	128	13	76	82
男	371	13	97	132	68	61	228	33	80	11	51	53
女	262	8	79	71	51	53	138	34	48	2	25	29
～14歳	10	0	2	0	3	5	27	2	9	1	5	10
～24歳	112	3	24	35	28	22	59	2	20	3	21	13
～34歳	106	0	20	35	22	29	62	5	25	2	15	15
～44歳	106	3	26	39	19	19	60	12	23	5	6	14
～54歳	111	0	40	34	19	18	66	21	24	2	7	12
～64歳	111	9	34	39	16	13	59	18	17	0	15	9
65歳～	77	6	30	21	12	8	33	7	10	0	7	9

(注) 外科の消化器疾患の項には急性腹症を含まない。以下全表同じ。

第3表 科別・疾病別の在院期間および退院時転帰の構成(%)

		総 数	内 科	外 科	新 生 物	循 環 器	消 化 器	呼 吸 器	急性腹症	そ の 他
在 院 期 間	総 数 (実数)	100(999)	100(633)	100(366)	100 (88)	100(176)	100(331)	100(132)	100 (76)	100(196)
	1 ヶ月以内	22.8	21.3	25.4	12.5	14.2	31.7	19.7	43.4	14.3
	～3 ヶ月以内	40.1	37.3	45.1	60.2	34.7	42.3	28.0	32.9	43.4
	3 ヶ月を越	37.0	41.4	29.5	27.3	51.1	26.0	52.3	23.7	42.3
退 院 時 転 帰	総 数 (実数)	100(999)	100(633)	100(366)	100 (88)	100(176)	100(331)	100(132)	100 (76)	100(196)
	治 癒	12.2	5.5	23.8	8.0	6.8	20.5	5.3	14.5	8.7
	軽 快	67.1	70.8	60.7	56.8	67.6	63.7	74.2	75.0	68.9
	未 治	13.9	14.8	12.3	19.3	15.9	11.5	14.4	9.2	15.3
	死 亡	6.8	8.8	3.3	15.9	9.7	4.2	6.1	1.3	7.1

第4表 性・年齢別退院時転帰の構成(%)

	総 数	男	女	～24歳	～34歳	～44歳	～54歳	～64歳	～65歳
実数(総数)	100(999)	190(599)	100(400)	100(208)	100(168)	100(166)	100(177)	100(170)	100(110)
治 癒	12.2	12.4	12.0	22.6	13.7	9.6	9.6	8.8	3.6
軽 快	67.1	66.4	68.0	62.5	66.7	74.1	70.1	65.9	62.7
未 治	13.9	14.0	13.8	13.0	13.7	12.7	11.9	13.5	21.8
死 亡	6.8	7.2	6.3	1.9	6.0	3.6	8.5	11.8	11.8

第1図 年齢と在院期間の関係

ばすかについて、在院期間と退院時の転帰を指標として分析した結果は第6～11表に示す通りである。

これは、入院前の受診過程が入院後の医療の効率に負の影響をもたらす場合には在院期間が延長したり、退院時の転帰が良くない方に偏る、という前提に立つものであるが、先に述べた如く在院期間や退院時の転帰は、年齢や医療保険の種類によってもかなり影響されるものであるため、第6～11表は被用者保険本人のみに限定して集

第5表 医療保険別在院期間および転帰の構成(%)

		被用者保険		国保	生 お よ び 日 雇	私費
		本人	家族			
在 院 期 間	総 数 (実数)	100 (505)	100 (110)	100 (253)	100 (98)	100 (33)
	1 ヶ月以内	13.5	34.3	36.0	15.3	39.4
	～3 ヶ月以内	45.1	42.7	30.4	34.7	45.5
	3 ヶ月を越	41.4	20.0	33.6	50.0	15.2
退 院 時 転 帰	総 数 (実数)	100 (505)	100 (110)	100 (253)	100 (98)	100 (33)
	治 癒	12.7	10.0	12.3	11.2	15.2
	軽 快	68.9	70.0	67.6	53.1	66.7
	未 治	13.3	11.8	13.4	20.4	15.2
	死 亡	5.1	8.2	6.7	15.3	3.0

計をおこなった。そうすることによって、医療保険の種類の差が除かれまた対象の年齢が生産者年齢層に限定されるので年齢の影響も少なくなり、在院期間の長短と退院時の転帰の偏りが入院医療の効率を、より明確に反映すると思われるからである。

発病初期の受診動向については、患者が症状に気付いてから1ヵ月以内に医師の診療を受けた者を早期受診者

第6表 病院群別にみた発病初期の受診動向と在院期間との関係 (%)

		総 数		大都市大病院		大都市小病院		地方都市大病院	
		早期受診	放 置	早期受診	放 置	早期受診	放 置	早期受診	放 置
在 院 期 間	総 数 (実数)	100(320)	100(185)	100(213)	100(102)	100 (43)	100 (24)	100 (64)	100 (59)
	1ヵ月以内	15.5	9.7	13.6	4.9	20.9	4.2	21.9	16.9
	～3ヵ月以内	47.0	42.2	51.6	43.1	34.9	37.5	40.6	40.7
	3ヵ月を越	37.5	48.1	34.7	52.0	44.2	58.3	37.5	42.4

対象は被用者保険本人のみ

第7表 疾病別にみた発症時の受診動向と退院時転帰との関係 (%)

	総 数		消 化 器 系		呼 吸 器 系		循 環 器 系		そ の 他	
	早期受診	放 置	早期受診	放 置	早期受診	放 置	早期受診	放 置	早期受診	放 置
総数(実数)	100(320)	100(185)	100(105)	100 (60)	100 (40)	100 (26)	100 (60)	100 (28)	100(115)	100 (71)
治 癒	15.6	7.6	23.8	15.0	7.5	7.7	8.3	0.0	14.8	4.2
軽 快	68.4	69.7	64.8	73.3	75.0	69.2	73.3	60.7	67.0	70.4
未 治	12.8	14.1	9.5	5.0	12.5	11.5	15.0	21.4	14.8	19.7
死 亡	3.1	8.6	1.9	6.7	5.0	11.5	3.3	17.9	3.5	5.6

対象は被用者保険本人のみ

とし、そうでない者を放置患者として、この両者在院期間及び退院時の転帰の差があるかどうかを比較した。結果は第6, 7表に示す如く、いずれの病院群においても放置患者は早期受診患者より在院期間が長い傾向にあり、またいずれの疾病でも放置患者は早期受診患者より退院時の転帰の悪い者が多いという傾向が認められる。また、患者がいわゆる「かかりつけ医」を決めているかどうか、決めている場合に医師患者関係が密接であるかどうか

第8表 かかりつけ医の有無と在院期間および退院時転帰との関係 (%)

		かかりつけ医の有 無と医師患者関係	な し	あ り	
				関係緊密	緊密でない
在 院 期 間	総 数 (実数)		100(198)	100(160)	100(147)
	1ヵ月以内		13.6	11.3	15.6
	～3ヵ月以内		48.0	43.1	43.5
	3ヵ月を越		38.4	45.6	40.8
退 院 時 転 帰	総 数 (実数)		100(198)	100(160)	100(147)
	治 癒		11.6	13.1	13.6
	軽 快		69.7	67.5	69.4
	未 治		13.6	13.8	12.2
	死 亡		5.1	5.6	4.8

対象は被用者保険本人のみ

か(その判断基準は別稿^{*)}に詳述)によって入院医療にどのような影響が認められるかということの分析を試みた。もし「かかりつけ医」が健康管理的役割を果たすものであるならば、発病初期の早期治療効果を高め入院医療の効率にも影響すると考えたからである。結果は、第8表の如く在院期間の面でも、退院時転帰の面でもそのような傾向は見出されず、医師と患者の関係が密接な「かかりつけ医」をもつ者にも何ら特徴のある傾向は見出されない。

転医の影響については、調査対象の76%^{*)}が発病から

第9表 転医頻度と在院期間との相関関係

		相関係数	患 者 数	有意水準
総 数		0.157	505	1%
病 院 群	大都市大病院	0.191	305	1%
	大都市小病院	0.248	67	5%
	地方都市大病院	0.105	123	(一)
疾 病 群	呼 吸 器 系	0.292	66	5%
	消 化 器 系	0.184	165	5%
	循 環 器 系	0.085	88	(一)
	新 生 物	-0.086	44	(一)
	そ の 他	0.172	142	5%

対象は被用者保険本人のみ

第10表 疾病別にみた入院時期の適否と在院期間との関係 (%)

	総 数 (実数)	総 数			消化器			呼吸器			循環器			新生物			その他		
		適当	やや遅い	遅い	適当	やや遅い	遅い	適当	やや遅い	遅い	適当	やや遅い	遅い	適当	やや遅い	遅い	適当	やや遅い	遅い
		100 (287)	100 (105)	100 (113)	100 (94)	100 (34)	100 (37)	100 (35)	100 (16)	100 (15)	100 (50)	100 (20)	100 (18)	100 (14)	100 (18)	100 (12)	100 (94)	100 (17)	100 (31)
在 院 期 間	1ヵ月以内	16.4	11.4	8.0	22.3	14.7	10.8	17.1	12.5	6.7	10.0	5.0	5.6	7.1	5.6	8.3	14.9	17.6	6.5
	～3ヵ月以内	46.7	50.5	36.3	47.9	52.9	40.5	45.7	50.0	40.0	50.0	50.0	22.2	64.3	61.1	50.0	41.5	35.3	32.3
	3ヵ月を越	36.9	38.1	55.8	29.8	32.4	48.6	37.1	37.5	53.3	40.0	45.0	72.2	28.6	33.3	41.7	43.6	47.1	61.3

対象は被用者保険本人のみ

第11表 病院群別にみた入院時期の適否と退院時転帰との関係 (%)

	総 数			大都市大病院			大都市小病院			地方都市大病院		
	適 当	やや遅い	遅 い	適 当	やや遅い	遅 い	適 当	やや遅い	遅 い	適 当	やや遅い	遅 い
総数 (実数)	100 (287)	100 (105)	100 (113)	100 (176)	100 (69)	100 (70)	100 (41)	100 (13)	100 (13)	100 (70)	100 (23)	100 (30)
治癒	15.0	11.4	8.0	17.0	10.1	5.7	9.8	7.7	7.7	12.9	17.4	13.3
軽快	71.1	71.4	61.1	69.3	73.9	65.7	78.7	61.5	38.5	75.7	69.6	60.6
未治	11.8	13.3	16.8	11.4	13.0	15.7	17.1	23.1	23.1	10.0	8.7	16.7
死亡	2.1	3.8	14.2	2.3	2.9	12.9	2.4	7.7	30.8	1.4	4.3	10.0

対象は被用者保険本人のみ

入院までの間に少なくとも1度は転医し、頻度の高い者は7～8回も転医する現状から、頻回の転医が医療の効率を低下させているのではないかと考え、在院日数の対数を用いて在院期間と転医頻度との相関係数を算定した。その結果は第9表にみられる如く病院群別では地方都市大病院を除き、また疾病別では循環器系と新生物患者を除いて、明らかな相関々係が見出され、頻回に転医する者は多在院期間が長いという傾向がうかがわれた。

入院時期が適当であったかどうかについての病院主治医の判断は、「遅い」および「やや遅い」が40%をしめているが、これと在院期間との関係を疾病別にみると第10表の如くいずれの疾病も「遅い」人に在院期間の延長が認められる。また退院時の転帰では、第11表に示す如くどの病院群でも治癒が少なく未治や死亡が多い傾向が認められる。なお、別稿⁴⁾に報告したごとく入院時期の遅れは、患者の判断や意思に基づいて転医した場合にだけ認められるのではなく、医師の指示に基づいて転医入院した場合にも、大差なく認められている。

§3 退院後の受療状況および受診医療機関について

退院者について、退院後も医療を必要とするかどうかを退院時に主治医が判断した結果は、第12表に示す如く要治療（継続治療を必要とする者）が全体の半数をしめ、これと要観察（経過観察のための診察を必要とする者）

第12表 科別疾患別にみた退院後の医療需要 (%)

		総数(実数)	退 院 後 の 医 療		
			診療不要	要観察	要治療
総 数		100(931)	9.9	37.5	52.6
内 科	総 数	100(577)	5.4	35.7	58.9
	新 生 物	100 (13)	0.0	30.8	69.2
	循 環 器	100(159)	3.1	28.9	67.9
	消 化 器	100(192)	6.3	44.3	49.5
	呼 吸 器	100(112)	5.4	33.9	60.7
	そ の 他	100(101)	7.9	32.7	59.4
外 科	総 数	100(354)	17.2	40.4	42.4
	新 生 物	100 (61)	6.6	44.3	49.2
	急性腹症	100 (75)	22.7	48.0	29.3
	消 化 器	100(125)	18.4	39.2	42.4
	呼 吸 器	100 (12)	8.3	41.7	50.0
	そ の 他	100 (81)	19.8	32.1	48.1

を加えた要受診者は全退院者の90%に及ぶ。これを年齢別にみると、第2図に示す如く年齢と共に要治療の割合が増加し診療不要が減少している。

主治医によって要受診と判定された患者が退院後どのように受診したかを明らかにするため、退院後の経過月

第2図 年齢と退院後の医療需要との関係

第13表 科別・疾患別にみた要受診者の
月間受診率の推移

		退 院 後 の 経 過 月			
		第1月	第3月	第6月	第12月
総 数		76.9	64.3	56.8	48.4
内 科	総 数	82.9	75.2	64.9	58.2
	新 生 物	89.5	80.0	71.4	62.5
	循 環 器	88.8	86.1	70.3	59.6
	消 化 器	81.6	75.6	56.6	50.9
	呼 吸 器	77.0	60.6	53.8	56.9
	そ の 他	81.3	71.4	81.4	74.5
外 科	総 数	66.5	44.3	38.9	25.4
	新 生 物	70.3	57.9	50.0	29.6
	急性腹症	62.7	26.7	39.1	25.0
	消 化 器	63.7	40.5	37.3	20.4
	呼 吸 器	66.7	69.2	33.3	42.9
	そ の 他	70.5	44.0	34.5	26.7

(注) 数字は各項の要受診者を100としたときの%

数別に月間受診率を算定した。月間受診率の定義は、退院時に要受診と判定された患者のうち、1ヵ月間に少なくとも1度、入院中の疾患のために医師の診療を受けた者の割合を%で表したものとした。これを科別、疾患別にみると第13表の如く、第1月すなわち退院から満1ヵ月迄の間に少なくとも1度医師を訪れた人は、要受診者の76.9%であり、残る23.1%は全く診療を受けていない

ことを示している。同じく第12月すなわち退院から12ヵ月目の1ヵ月間は、退院時に要受診と判定された人の48.4%が同一の疾病のために少なくとも1度医師を訪れていることを示している。

退院後の月間受診率を病院群別に比較した結果は、第1月では大都市大病院76.9%、大都市小病院79.7%、地方都市大病院75.9%と差が認められない。また入院前にかかりつけ医を決めていた者とそうでない者との間にも第1月において76%と77%というように差が認められない。しかし医療保険別によると第3図にみられるように被用者保険本人に較べ、その家族や国民健康保険およびその他(生保医療扶助・日雇保険など)は受診率が低い。

退院後に受診した人について、その受診医療機関を退院した病院の病院群別および科別に集計した結果は、第14表に示す如くいずれも60%以上が入院病院(その患者

第3図 医療保険別月間受診率(第1月)

第14表 病院群別・科別にみた退院第1月の受診先(%)

	総 数		大都市大病院		大都市小病院		地方都市大病院	
	内 科	外 科	内 科	外 科	内 科	外 科	内 科	外 科
総 数 (実 数)	100(424)	100(221)	100(240)	100(148)	100 (36)	100 (21)	100(148)	100 (52)
入 院 病 院 外 来	65.6	64.7	63.8	61.5	77.8	76.2	65.5	69.2
入院前の受診機関	20.5	21.3	21.3	22.3	19.4	14.3	19.6	21.2
その他の医療機関	13.9	14.0	15.0	16.2	2.8	9.5	14.9	9.6

が入院していた病院)の外來に受診し、入院前に受診していた医療機関へは凡そ20%、その他すなわち退院後はじめて受診する医療機関等は10%あまりしか受診していない。

注目したいのは、入院病院の外來へ通院する率が大病院でも高率に認められ、入院前の医療機関へ戻る率が低いことである。すでに報告¹⁰⁾した如く大病院の入院患者はその80%が少なくとも一つ以上他の医療機関に受診したのちに来院しており、さらにその1/3は前に受診した医療機関の医師の指示に従って転医した患者なのである。

この入院病院外來へ高率に受診する傾向は退院直後の一時的なものではなく、第15表に示す如く1年間を通じて認められるものであり、入院病院外來への定着化がうかがわれる。

第15表 入院病院外來へ受診する割合の科別推移

	退 院 後 の 経 過 月			
	第 1 月	第 3 月	第 6 月	第 12 月
内 科	65.6	68.7	61.7	52.2
外 科	64.7	43.5	43.8	51.7

(注) 数字は全受診者を100としたときの入院病院受診者の%

第16表 入院過程別にみた病院主治医の指示先 (%)

	総 数	直接入院	非指示 転医入院	指示 転医入院
総 数 (実 数)	100(839)	100(134)	100(428)	100(277)
入 院 病 院 外 來	60.3	78.4	60.3	51.6
入院前の受診機関	14.4	0	14.0	22.0
その他の医療機関	6.7	5.2	6.5	7.6
指 定 な し	18.6	16.4	19.2	18.8

一方、退院時調査表により、病院の主治医が要受診者に対しどのような医療機関へ受診するよう指示したかについて調べてみると、第16表に示す如く全体の60%に対し、入院病院外來へ受診するよう指示しており、これを患者の入院過程によって分類し比較してみても、指示転医入院者(来院前に受診していた医療機関の医師の指示で転医し入院した者)が非指示転医入院者(他の医療機関に受診していたが患者の意思で転医し入院した者)や直接入院者(他の医療機関に受診することなく入院した者)に較べそれほど低くない割合で入院病院外來へ受診するよう指示していることが明らかとなった。

退院後の受診医療機関の種類を、患者の自宅から入院病院迄の所要時間との関係でみると第4図に示す如く、

第4図 入院病院迄の所要時間と退院後の受診機関との関係

1時間以内の距離では70%の人が入院病院外來へ通院し2時間を越える遠方からも25%の人が通院している。

なお、大病院を退院した人を対象に、退院1年後に入院病院に対する受診意思を調査した結果は次のようであった。

質問：もし今後病気がとき、1年前に退院した病院へかかりますか？

答：どんなときでもかかろうと思う ……29%
 病気によってはかかろうと思う ……55%
 かかりたいが遠いのでかかれない ……11%
 かかろうと思わない。 ……5%

この結果は、退院者と入院病院との結びつきが、退院1年後においてもかなり強いことを示すものといえよう。

§4 退院後の社会復帰状況と自宅療養の問題

退院日から1ヵ年間社会復帰状況を追跡したが、途中で調査に不応答となり社会復帰が確認できない調査客体も少なくない。そこで社会復帰に関する集計対象は、1年内社会復帰者(退院から1年内に社会復帰が確認された者)、1年内未復帰者(退院から1年後にも未だ社会復帰していない者)および1年内死亡者(退院から1年内に死亡が確認された者)の計771名に限定した。その性、年齢構成は第17表に示す通りである。また、調査時ごとの社会復帰者の割合を累積折線グラフで示すと第5図の如くになり、その勾配にみられる復帰速度は年齢が高まるにつれて緩くなっている。

この調査においては社会復帰の判定は、勤労者及び自営業者にあつては勤務または業務に従事しはじめたこと、主婦・学生・無職の者にあつてはほぼ平常の生活に立ち戻ることを基準としておこなった。

科別・疾病別・退院時の転帰別にみた社会復帰状況は第18表に示す通りである。退院時の転帰が未治の患者は1年内に1/3が社会復帰、1/3が未復帰、1/3が死亡している

第17表 性年齢別にみた退院後1年間の
社会復帰状況 (%)

		総数(実数)	一 年 内 社会復帰	一 年 内 未復帰	一 年 内 死 亡
総 数		100(771)	78.1	16.9	5.1
男	総 数	100(466)	80.3	14.8	4.9
	～ 24 歳	100(101)	93.0	5.0	2.0
	25～44歳	100(160)	87.5	9.4	3.1
	45～64歳	100(159)	74.2	20.1	5.7
	65 歳 ～	100 (46)	47.8	37.0	15.2
女	総 数	100(305)	74.8	20.0	5.2
	～ 24 歳	100 (77)	89.6	10.4	0
	25～44歳	100(103)	83.5	12.6	3.9
	45～64歳	100 (89)	60.6	31.5	7.9
	65 歳 ～	100 (36)	52.8	33.3	13.9

第5図 性年齢別にみた社会復帰速度

第18表 科別・疾病別・転帰別にみた
退院後1年間の動向 (%)

		総数(実数)	社会復帰者の 復帰迄の期間				1 年 内 未復帰	1 年 内 死 亡
			～ 1月	2～3月	4～6月	7～12月		
総 数		100(771)	47.5	13.1	8.5	9.0	16.9	5.1
科	内 科	100(486)	47.1	11.7	8.0	9.1	20.2	3.9
	外 科	100(285)	50.9	15.0	9.5	8.8	9.9	5.9
疾 病	新 生 物	100 (59)	23.7	20.3	11.9	5.1	15.3	23.8
	循 環 器	100(151)	43.7	13.9	10.6	6.0	23.2	2.6
	消 化 器	100(268)	56.7	11.9	7.1	7.8	13.4	3.0
	呼 吸 器	100 (96)	43.8	16.7	13.5	13.5	9.4	3.1
	急性腹症	100 (45)	66.7	6.7	11.1	4.4	8.9	2.2
	そ の 他	100(152)	52.3	11.5	5.4	11.5	16.2	3.1
退院時転帰	治 癒	100(101)	71.3	16.8	4.0	4.0	4.0	0
	軽 快	100(554)	50.7	13.9	9.2	9.7	15.9	0.5
	未 治	100(116)	8.6	6.0	10.3	11.2	32.8	31.0

第6図 社会復帰速度と相関を示す事項

ことが明らかとなった。

社会復帰速度と相関する事項としては、第6図に示す如く入院時期が適当であったかどうか、在院期間の長短、医療保険の種類および入院による生計圧迫の有無があげられる。そのほか職種との関係では、管理的・事務的職業、技能工・生産工程従事・単純労働、サービス業・家事従事の順に早期復帰者の割合が多いが、退院1年後の累計ではほぼ同率に達するという結果を示した。

次に、退院から6ヵ月以内に社会復帰した人の復帰後の経過を退院から1年間に限って追跡すると、第19表に示す如く順調に社会生活を続ける人と療養状態に逆戻りする人とがあり、その比率は1:0.11である。これを退院から社会復帰までの自宅療養期間との関係でみると、自宅療養期間が短い人は長い人より逆戻りの比率が高い。

第19表 退院後の静養期間別にみた
社会復帰者の経過 (実数)

		社会復帰者の経過				逆戻り者の状態		
		総数	順調	逆戻り	逆戻り比	静養	就床	再入院
総 数		531	477	54	0.11	35	6	13
自期 宅療 養間	～ 1ヵ月	363	322	41	0.13	23	6	12
	2～3ヵ月	101	91	10	0.11	10	0	0
	4～6ヵ月	67	64	3	0.05	2	0	1

$$\text{逆戻り比} = \frac{\text{逆戻り}}{\text{順調}}$$

傾向がうかがわれる。もっとも、この調査は復帰後の追跡期間が自宅療養期間と加えてちょうど1年になるという関係にあり、自宅療養期間の長い人は短い人に比べ社会復帰後の経過をみる期間が短くなり、逆戻り状態の把握される機会も少ないという調査上の問題を考慮してみなければならない。

療養状態へ逆戻りする比率を年齢別・性別にみると、第20表に示す如く男女とも45～64歳に高く現れており、この年齢層の人が無理な社会復帰をしやすい事を暗示している。科別、疾病別、退院時の転帰別、要受診者の受診の有無別（但し第1月）の比較は第21表に示す通りである。労働の負担によって悪化しやすい循環器系、呼吸器系の疾病は逆戻り比が高く、また未治退院の患者は一旦社会復帰しても1/3以上が逆戻りすることや、退院後も医療受診を必要とする患者においては不受診者の逆戻り比が受診者に比べて明らかに大きいという事実が認められる。一方、退院者の医療保険の種類、労働の種類、復帰時の労働に対する負担感、入院時と較べた退院後の生計状態および生計維持関係によって逆戻り比を比較すると第22表の如くなり、生保医療扶助者や社会復帰時に労働がかなり無理と感じられた者や入院後生計状態が悪化した者や本人が主たる生計維持者である場合などに、逆戻りしやすい傾向がうかがわれる。

第20表 性・年齢別にみた逆戻り比

	総 数	男	女
総 数	0.11	0.12	0.10
～ 24 歳	0.10	0.10	0.11
25～44歳	0.08	0.09	0.06
45～64歳	0.19	0.19	0.19
65 歳 ～	0.10	0.12	0.07

退院後の自宅療養の問題として、安静と介助の必要度及び充足度を調査した結果は次のようである。すなわち、退院1ヵ月目において安静を必要とする者および介助を必要とする者の年齢別割合は第7図の如くであり、また6ヵ月以上自宅療養を続ける長期療養者を対象に第1月および第6月において静養率（静養を必要とする者のうち十分に静養の得られる人の割合）と被介助率（介助を必要とする者のうち十分な介助がなされている人の割合）は第8図の如くである。第6月は第1月よりも安静率、被介助率ともに低いという結果が認められ、療養が長期化するにつれて療養の条件は悪くなる傾向がうかがわれる。

第21表 逆戻り比の比較（Ⅰ）

総 数	0.11
科 内 科	0.13
科 外 科	0.09
疾 新生物	0.10
病 循環器	0.17
消化器	0.09
呼吸器	0.16
急性腹症	0.09
その他	0.08
退院時転帰	
治癒	0.07
軽快	0.11
未治	0.38
要受診者	
受診	0.08
不受診	0.13

第22表 逆戻り比の比較（Ⅱ）

総 数	0.11
医療保険	
被用者保険本人	0.11
同 家族	0.16
国民健康保険	0.11
生保医療扶助	0.50
私 費	0.10
労働	
管理的・事務的	0.10
技能工・生産工	0.11
サービス業・家事等	0.15
労働負担感	
無理でない	0.08
やや無理	0.14
かなり無理	0.19
生計状態	
入院時よりらく	0.00
入院時と変わりなし	0.10
入院時よりやや苦しい	0.34
入院時より苦しい	0.33
生計維持	
主たる生計維持者	0.13
その他	0.10

第7図 年齢と要静養者、要介助者の割合との関係（退院後第1月）

また、長期自宅療養者に対し医師が療養上必要な指示を与えているかどうか、指示を受けた患者はそれを守っているかどうかについて第1月および第6月に調べたが、その結果は第23表に示す如く、指示を与える率においても、また守る率においても満足な状況とはいえないものである。そのほか、長期療養者には生計上の問題もあり、第6月に、自宅療養中の患者について調べた結果では55.4%の者が療養によって生計が影響を受けていると答え、主として収入の減少による者が16.3%、主として支出の増加による者が25.0%、両方の原因が重なって

第8図 要静養者の静養率と要介助者の被介助率
(長期療養患者の第1月と第6月との比較)

第23表 長期療養者に対する療養上の指示
の有無と指示の遵守状況 (%)

		第1月	第6月
総数 (実数)	総数 (実数)	100 (138)	100 (74)
	指示なし	50.0	33.8
	指示あり	49.3	66.2
指 示 受 入	総数 (実数)	100 (68)	100 (49)
	指示守る	66.2	67.3
	指示守らぬ	33.8	32.7

る者が13.9%という内訳であった。

IV. 考 察

§1 医療の供給態勢と医療の効率

近年の疾病構造の変化を Backett¹¹⁾ は、感染性疾患の減少と退行変性や代謝異常による疾患の増大、罹病期間の延長、罹病年齢の高齢化、治療効果の個別化という面からとらえている。わが国においても、国民健康調査の罹病率と有病率の推移が前者の増加率以上に後者の増加率が大きい事実を挙げて、著者は疾病の蓄積傾向すなわち慢性的な疾患の増加ないし罹病期間の延長が起りつつあることを別稿⁹⁾において指適した。

このような疾病構造の変化は、医療技術の革新と相まって予防と治療の態勢に大きな変革を要求しつつある。すなわち退行変性や代謝異常による疾患は感染性疾患のように発病防止を目的とする予防対策が困難であり、早

期発見早期治療の原則に依らざるをえないこと、また、これらの疾病は罹病期間が長いと同時に完全治癒を期待し難いものであるため患者の病状の変化に応じてそれに適した医療機関に受診させ、さらに患者の労働と生活の構造をふまえた疾病管理と社会復帰対策をすすめる必要があると考えられる。

調査結果において、発病初期に受診せず放置した患者、頻々と転医した患者及び入院時期が遅れた患者は医療の効率が劣るという事実を明らかにした。このような医療の効率が低下する事態は何故起こるのであろうか。

まず発病初期の受診の遅れについて論ずるならば、慢性的な疾病の発病初期は一般に自覚症状が乏しく患者に自発的な受診意思が形成されにくいこと、また現行の保険による医療は患者の訴える症状のみについて診断し治療する立前になっているため、潜在する慢性的な疾患が見のがされやすいことなどが問題となる。早期発見早期治療の必要性は強調する迄もないが、慢性的な疾病は画一的な健康診断によって把握することも容易ではない。従ってこれらの疾病を早期に発見するためには、医師が個別的、持続的に患者(住民)の健康状態に観察の目を向ける積極性を持たねばならない。すなわち、平素から健康相談にのったり、日常的な感染症に対する診療の機会を活用して多角的な診察を行ない、患者の心身の状況を継続的に把握する健康管理活動が要求されるのである。

このような医師の働きが、いわゆる「かかりつけ医」にあるかどうかについて吟味したが、調査結果からは医療の効率を高める働きがあるとはみなしえなかった。別稿⁹⁾に論じた如く、現在の医師と患者との関係は緊密さを欠き、かかりつけ医といえども人間的結びつきの弱い便宜的な存在である。また、医師も患者の訴えに基づく疾病の治療に専心し、患者(住民)を継続的に観察することによって慢性的な疾病を前兆期に発見しようとする努力が十分なされているとはいえない。その原因の一つには、医師の診療報酬が検査、処置、投薬といった有形の技術行為を主に個別の点数制によって評価される出来高払制であるために、長期にわたる健康上の探索や総合判断を必要とする予防的な努力あるいは保健指導が犠牲になりやすいことが挙げられよう。

従って、医師がそうした努力をするためには、医師と患者との間の持続的な関係が保証されることと、診療報酬の体系が個々の技術行為に対する出来高払制から責任料的なものに転換される改革が要求されなければならないであろう。英国においては National Health Service¹²⁾ によって専門医制度と主治医登録制度(GP)が実施され

ていて、医師と患者（住民）との結びつきが後者によって保証されている。そしてその診療報酬は個々の技術行為に対してでなく、登録患者数に応じたいわゆる人頭割の給与を中心として成立っている。

この英国の制度に対し医師選択の自由がないという批判もあるが、医療技術の高度化と専門分化が進みつつある今日、患者が自らの知識では適切な医療機関を選択することが不可能となりつつあり、また、慢性疾患は罹病期間が長期となるため一貫して患者の疾病管理に責任をもつ家庭医（GP）がないと、いたずらに無意味な転医をくりかえす弊害も生じやすく、調査結果に示されている如く医療の効率を低下させる結果をもたらすであろう。

疾病構造が変化し、医療技術の革新が進んでいる今日にあっては、国民一人一人が健康管理的な性格をもつ家庭医を定めることの必要性は極めて高いと考えられる。この場合医師選択の自由の理念は家庭医を定める際の選択の自由、あるいは変更の自由として留保されるべきものとする。

次に転医の問題であるが、診療の専門分化が進みつつある今日、一人の患者の疾病に対し幾人もの医師の関与を必要とする場合が多くなり、転医は積極的にすすめられる必要があると考えられる。しかしこの転医が、医師の医療上の判断に基づいておこなわれるのではなく患者の独断でなされたり、たとえ医師の判断に基づくものであっても転医の時期が適切でなかった場合は医療の効率を低下させる要因となろう。調査結果が示す如く同一疾患の治療過程において何度も転医を重ねたり、入院時期に遅れを来した患者には在院期間の延長や退院時転帰がよくない傾向が認められることは、それを裏付けるものとみなされよう。転医はあくまでも医師の判断により、また医療の分断が起ころぬよう転医前後の医師間の連絡を密に行なわなければならない。従って、患者自身の判断に基づく医師の連絡のない転医を無くすことは絶対に必要である。しかながら、現在のように医療上転医が望まれる患者に積極的に医師の側から転医が指示されるという制度的な保証がなく、またすでに報告した如く医師の指示によって転医入院した患者にも入院時期の遅れが多数認められるという状況のままでは、患者の意思による転医を無くすることは困難といわなければならない。また医療費の支払が出来高払制である今日においては、患者をめぐる医療機関が競合関係をもたらさやすく、患者の移送が円滑に行なわれない傾向を助長しているのではないかと考えられる。

こうしたことも原因の一つとなって、わが国の医療機

関は相互の緊密な連携を欠き¹³⁾、医療機関の役割の分化が徹底されないままになっている。このことは医師が転医を指示する際の医療機関選択の範囲を狭める結果となり、また各医療機関の機能の限界が認識されないために転医の必要性が明確化されにくいという問題をもたらしていると考えられる。

疾病が複雑化し、医療の専門分化が進みつつある今日、医療機関の機能分化と連携が制度的に確立され、さらに述べた家庭医制と一体になって、適切な時期に適切な医療が効率よく患者に供給できるように医療機関の体系化が、早急にすすめられなければならない。そのためにも医療費の支払方法が、根本的に考え直されねばならないと考える。

§2 退院後の医療と家庭医の役割

疾病構造の変化は罹病期間の長期化という面にも現れており、退院者の多くが同一疾患の受療を退院後も長期にわたって続けることが調査結果から明らかとなった。しかも治療継続を必要とする率は高齢ほど高いという傾向があり、今後の人口の老齢化によって退院後も医療の継続を必要とする患者の割合はさらに増加すると予測される。一方、退院後も受診を必要とする患者の1/4近くは、退院から1ヵ月たっても1度も医師の診察を受けておらず、またこのような不受診者は一旦社会復帰したのち再び療養状態に逆戻りする率も高いという傾向が認められる。従って、入院医療が退院によって中断されることなく退院後の通院治療に円滑に引継がれる態勢を早急に確立することが是非とも必要であると考えられる。

退院後の医療は、多くの場合入院中診断が確定し治療方針も明らかになっており、特殊な治療設備を必要とする患者を除いては、どこかの医療機関で治療を継続することも可能である。しかるに、退院後に受診する患者の受診先は、診療圏の広い大都市大病院の退院患者の場合でも6割以上の人が入院病院に受診しており、その通院のための時間的労力的負担はかなり大きいと考えられる。

一方、病院主治医は、要受診者の6割に対し入院病院外来へ受診するよう指示し、入院前他の医療機関にかかり医師の指示によって転医入院した患者に対してもその半数には入院病院外来へ受診させる指示を与えており、入院前の医療機関へ患者を戻すような指示は2割の人に与えているに過ぎない。

このような傾向は、患者に過重の通院負担をおわせて受療中断の契機をつくったり、病院の外来診療の負担を増大させたりするのみでなく、医師の指示に基づく転医が一方通行的なものとなるため患者の円滑な流れが阻止

されて医療機関相互の連携が妨げられる結果を生みだすであろう。入院患者は、その8割が入院前に他の医療機関に受診しているという事実を認識し、病院主治医は退院患者をできるだけ患者の居住地の医療機関に受診させるよう努力すべきであると考ええる。

しかしながら、患者は入院前にしばしば医師に無断で転医したり、平素から親密な関係を保つ医療機関がない等の理由から、退院後も入院病院に受診したがる傾向があり、医師もまた医療機関相互のつながりの乏しい現状では他の医療機関に受診させることによって入院中の治療との一貫性が失われることを憂慮し入院病院へ通院させる場合もあり、積極的に退院患者を居住地の医療機関へ受診させるためには、住民が平素から特定の医師と緊密な関係を保つ家庭医制と、各医療機関が役割を明確にして相互の連携を密にする制度とが確立されなければならない。

Paul Durand¹⁴⁾は、医療組織には質的に異なる二つのものがあり、その一つは人格的、技能的サービスを主とするもの、他の一つは施設的、技術的サービスを主とするものであると述べている。我国の医療機関は診療所から大病院に至る迄両者の特質をそなえ、役割の分化が不明確であるが、本来、診療所や小病院を主とする地域医療機関は前者の性格を備え、大病院は後者の性格を主とすべきものと考ええる。

退院後の医療の特質についてはすでに述べたが、一方、退院患者のおかれていた立場は、入院中のように1日中看護婦の患者管理下にあるのとは著しく異なり、家庭生活を営みながら自主的な努力によって安静を保ったり、食生活を規制しなければならないものであり、また入院中のように医師の回診を受身で待つのではなく、通院という主体的な行動によって医療を受けていかねばならないものである。このような患者に、療養指針を与え、受療態度を持続させる働きは、技術的、施設的サービスよりも、人格的、技能的サービスの方がより適切であると考ええる。

E. M. Backett¹⁵⁾は、これからの家庭医の役割として、病気に対する治療行為や生活環境に対する衛生指導のほかに、患者および健康人に対する教育的役割があると述べている。慢性疾患患者の退院後の治療過程は、一方では疾病の回復をはかりつつ、他方では通常の家生活や労働に適応させる努力をしなければならず、療養を中断させないための管理的役割と、病状を悪化させないで生活や労働に適応させていく教育的配慮とが必要であると考えられる。この管理的役割と教育的配慮は医師と患者の間に親密で持続的な関係が保たれることが前提となる

ことはいふまでもない。

D. L. Crombie¹⁶⁾は、これからの医療における家庭医の任務として、病気の治療以上に健康に関連する種々の問題の「判定」を行なうことの重要性を指適している。たとえば、生活や労働がその人の健康状態や体力に適合しているかどうかといった判定であるが、それは現在の健康状態のみでなく過去の病歴や生活歴あるいは社会的経済的状況や性格など種々の資料に基づいてなされるべきであると強調している。このような家庭医を全住民が平素から定め、健康管理や後に述べる疾病管理を受けていく制度の確立が早急に望まれよう。

また、調査結果から退院後の受診率が医療保険の種類によって異なり、医療中断の原因が医療費の負担にも関係があることが明らかであった。健康管理、疾病管理の成果をあげるためには、それが直接に患者の負担とならないような完全な医療保障の裏付けがなされなければならない。現行保険制度のような給付格差の大きい医療費の保障ではなく、医療そのものが必要に応じて全住民に公平に保障される医療保障が実施される必要があり、それを基盤とした家庭医制度が樹立されなければならないと考える。

§3 社会復帰と疾病管理

調査結果において明らかな如く、退院後も長期にわたって自宅療養を続ける患者の数は少なくなく、これらの患者には適切な医療と共に十分な療養条件が与えられなければならない。また患者をなるべく早くしかも無理なく社会復帰させるような努力が必要である。そのためには、社会復帰を妨げる要因を除去し、さらにこれを促進させる訓練が医療の一貫として行なわれなければならない。社会復帰の速さは、年齢や疾病の種類によっても異なるが、患者の受診過程や社会経済的状況によっても影響されることが調査結果から明らかとなった。入院時期の遅れが医療の効率を低下させることはすでに論じたが、さらに社会復帰を遅延させる原因ともなっており、また在院期間が長期にわたる患者ほど社会復帰が遅くなる傾向も現れている。この事実は治療に長期間を必要とした慢性的な患者が社会復帰に長時間を要することを示すものであるが、それは疾病そのものの回復の遅れによるほか、長期入院によってもたらされ易い生活機能の低下、自律性の低下、廃用性の心身障害¹⁷⁾などによって、社会復帰が妨げられることも原因として考えられる。従って慢性的な疾患も入院をなるべく短期化する努力が必要であり、治療方法をできるだけ早期に通院ないし往診にきりかえ、十分な療養条件を整えた自宅療養の中で、

疾病管理とリハビリテーション¹⁷⁾をはかることが理想であると考ええる。

しかしながら、転帰別の集計において未治退院患者の社会復帰が著しく遅いこと及び一旦社会復帰してのち再び療養状態へ逆戻りする率が高いという傾向が現れており、現在のように地域医療¹⁸⁾が十分な発達をみず、在宅患者の疾病管理¹⁹⁾やリハビリテーションがほとんどなされなかったり、患者および患者家庭に対する生活保障が皆無に等しい状況においては、患者を早期に退院させることが真の社会復帰を速める効果を必ずしももたらすとは限らず、かえって患者に負担を与え回復を遅らす結果にもなりうると考えられる。

患者の社会経済的困窮が社会復帰を遅延させる要因となることは調査結果にも現れている。すなわち、入院が家計を圧迫した場合には社会復帰が遅れていること、医療保険別にみた集計結果では、比較的低い所得階層を含みまた給付条件の悪い国民健康保険や生活保護の患者の社会復帰が遅れていることである。在院期間の面では自己負担の多い国民健康保険や健保家族が短い方に偏る傾向を示しており、入院が生計を圧迫しやすい階層では、十分な治療を受けないまま退院し、そのうえ退院後の自宅における療養条件がよくないことも加わって療養の効率を低下させ、社会復帰を遅延させていると考えられる。

このことは、一旦社会復帰した患者が再び療養状態に逆戻りする事態とも密接な関連があり、未治患者が社会復帰した場合には逆戻り比が高く、労働が無理だと感じながら社会復帰した患者や、退院時の生計状態が入院時よりかなり苦しいという患者、あるいは生保医療扶助の患者では逆戻り比が高い。そしてそこには患者の社会経済的状況の悪化が療養条件の低下と無理な社会復帰を促し、それが病状を悪化させて再び療養状態に逆戻りさせ、さらに患者の社会経済的悪化を招くという貧困と疾病の悪循環がくりかえされる様相がうかがわれよう。

この療養状態への逆戻りは早期に社会復帰した者に多く認められ、安静本位に患者管理されている入院生活から急速に社会復帰することには、かなりの危険が伴うことが推測される。近年、医療設備や看護技術の発達により大病院などでは比較的に充実した療養環境や厳重な患者管理のもとに入院生活を送られるようになったが、退院後の社会生活は心身ともに疲労しやすい条件を増しており、そのため急速な社会復帰が環境と生活の急変を招いて大きな負担となりやすい状況にある。これに対する根本的な方策は退院後も自宅で十分静養できる生活保障と住宅事情の改善をはかることであるが、Half Way

House や Nursing Home²⁰⁾などの病院と家庭の中間施設をもうけ、退院後はしばらく中間施設に滞在させて医学的な管理のもとに家庭生活への適応をはかるような対策も必要であろう。また自宅療養者の療養に対する援助が必要であり、たとえば英国における District Nurse²¹⁾のように家庭医と密接な協力関係をもって訪問看護する地域的なサービスや、米国における Home Care²²⁾のように看護婦、ソーシャルワーカー、理学療法士などがチームを編成して自宅療養を多面的に援助するような努力が、わが国においても実施されなければならない。

次に、疾患別に逆戻り状況を見ると、循環器系と呼吸器系の患者に多いことがうかがわれ、労働の負荷によって影響を受けやすい肺と心臓の疾患に対しては医師の十分な管理のもとに社会復帰が企てられ、復帰後も職場における健康管理²³⁾が厳重になされる必要があると考えられる。しかるに、退院後も医師の観察ないし治療の継続を要する患者の4近くが退院後1ヵ月以内に1度も医師にかかっていない状況にあり、さらに調査結果が示す如くこの不受診者に逆戻りが多くみられることから、退院患者の治療あるいは疾病管理は地域医療機関の通院診療に継承され、疾病に対してのみでなく生活と労働に対する適切な医師の指導が継続的になされなければならないと考える。

しかもそれが効果的になされるためには、保健婦やソーシャルワーカー²⁴⁾が患者家庭を訪問して医療中断者に受療をうながす努力や患者の生活に即した助言、あるいは健康回復を阻害している社会経済的問題や家庭問題の解決をはかる援助がなされなければならない。調査結果にも明らかな如く、患者にとっては入院したことが生計の負担になっているのみでなく、退院後も長期の療養が、支出の増加と収入の減少の両面から生計に圧迫を加えており、たとえ医療保険によって治療費の負担が軽減されたとしても、生活の保障がなされなければ患者に十分療養させる条件が整備されたとはいえない。この面に対する積極的な社会政策の推進と、それに呼応するメディカルソーシャルワーク活動が展開されなければならないであろう。

自宅療養者全体が共通して要求しているものは安静である。これは調査結果にも明らかな如く療養の初期においては比較的良好に保たれているのに対し、療養が長期化するにつれて保たれにくくなっているのが現状である。そのことは先に述べた経済上の問題とも関連があろうが、患者の住居の問題や患者自身の慣れ及び家族の理解の不十分さ等に起因するものも少なくない。一方、患者は療

養上の具体的な問題に対して医師から積極的な指導を受けておらず、また指導が行なわれた場合にも、云われた通り実行できない患者が少なくないことを調査結果は示している。従って単に療養上必要な注意や知識を与えることだけでなく、家庭に対する訪問活動等によって患者の実際生活の場で環境改善や生活態度の変容をもたらすような積極的な衛生教育がなされなければならないと考える。

また、自宅療養者のかなりの者が介助を必要とするのに対し十分な介助が得られぬ患者が少なくなく、しかも療養期間が長びくにつれてその率が増すことは介助がかなり家庭の負担になっていることを示唆している。家族の核化が進み²⁵⁾、世帯員有業率が上昇している一方、人口の老齢化は進み、長期療養者は増加の傾向にあり、在宅療養者に対する家族のみによる介助は益々困難になると考えられる。これを社会的に解決する方策が急速に立てられなければならない。即ち、我国で現在限られた老人世帯に実施されているホームヘルパーの派遣が、これを必要とする患者世帯に拡大され、患者の介護およびそれに伴う家庭の負担を軽減するために、社会的なサービスとして実施されなければならない。

疾病構造の変化や人口の老齢化などによって、長期療養を必要とする患者が増加している今日、医療施設における医療のみを対象とする社会保障では患者に最も適した Care を供給することが困難になりつつある。慢性的な疾患の患者に対しては医療と社会福祉の両面から充実した家庭療養への援助が供給され、できる限り日常的な生活が保障されるように配慮しなければならない。その上で在院治療をできるだけ短縮する努力がなされるべきであり、そのためには現在の医療保障のあり方の根本的な改革と、医療供給態勢の体系化をすすめることが急務であると考ええる。

V. 総 括

一般病院の内科・外科入院患者を対象に、発病から社会復帰までの医療受診の動向と社会復帰の過程を追跡調査して次の点を明らかにした。

(1) 初診の時期が遅い患者、初診から入院迄の間に転医を多く重ねた者および入院時期が遅いと医師により判定された者は、在院期間が長びいたり退院時の転帰がよくないという傾向を示す。

(2) 退院後も引続き医療を必要とすると主治医が判断した患者（退院後要医療者）は退院者の90%に達するが、その23%は退院から1ヵ月たっても一度も受診せず、医療の中断が認められる。

(3) 退院後要医療者の60%に対し、主治医は入院病院外来へ受診するよう指示し、実際に受診者の65%がそこへ通院するが、入院病院から遠距離に居住する者も少なくなく、通院の負担は大きい。

(4) 退院1年後も入院治療を受けた疾患のため受診を続ける者は、退院後要医療者の48%に達する。

(5) 退院者の90%は1年以内に社会復帰するが、その速さは年齢、疾病、退院時の転帰、入院時期の適否、在院期間、経済的要因などに影響される。

(6) 一旦社会復帰した患者が再び療養状態へ逆戻りする率は、退院後の療養期間が短い者、退院後も医療を必要としながら中断した者、退院時転帰がよくない者、社会復帰時に労働の負担を強く感じた者および生計状態が悪化している者などが高い。

(7) 自宅療養者には、安静を必要としながら安静の保てない者や、介助を必要としながらそれが得られない者が可成あり、その率は療養が長期化するにつれて高まる傾向が認められる。

これらの事実から、患者に効率のよい医療を供給し、円滑な社会復帰をはかるためには、次のような方策が必要であると論じた。

(1) 患者が平素から健康管理を受ける家庭医制度を確立し、早期発見早期治療をうながす努力をしなければならない。

(2) 転医は医師の指示によって最も適当な医療機関へ最も適切な時期になされるべきであり、そのためには出来高払制の医療費保障制度が改められることと、医療機関の役割の分化と連携が制度的に確立されることが必要である。

(3) 退院後の医療は疾病管理を主体とするものであり、患者にとって受診しやすい居住地域の医療機関、とくに家庭医に継承され、入院医療との一貫性を保ちながら中断しないように続けられなければならない。

(4) 社会復帰を速めるためには、在院治療をできるだけ短期化して自宅療養に切替える努力が必要であるが、そのためには中間施設をもうけたり、在宅療養者に対し訪問看護やリハビリテーション訓練あるいは介助のためのホームヘルパーの派遣を行なうなど、社会的な援助を施す必要がある。

これらのものを含む総合的な医療保障制度と、これを円滑に供給する医療の体系化とを早急に確立しなければならないと考える。

文 献

- 1) 奈倉道隆：衛生統計における死亡と疾病，統計学，20，53-61 (1969)。
- 2) 江見康一：医療需要と厚生統計，厚生指標，15 (3)，9-15 (1968)。
- 3) 川上武：現代日本医療史，p. 6，頸草書房，東京 (1965)。
- 4) 山下節義，奈倉道隆，西尾雅七：患者と医療機関との関係に関する実証的研究，日衛誌，24，425-441 (1969)。
- 5) Murdo Mckenzie et al, Further Studies in Hospital and Community, The Oxford University Press, London (1962)。
- 6) 前田信雄：医療の特質と医療の社会化，週刊社会保障，17 (230)，14-17 (1963)。
- 7) 朝倉新太郎：最近の医療保障の動向と総合保健，公衛誌，29，568-574 (1965)。
- 8) 小倉襄二：社会保障と社会問題，p. 80-101，汐文社，京都 (1968)。
- 9) 榎本貴志雄：医療保障の将来について，季刊社会保障研究，2(4)，32-44 (1967)。
- 10) 奈倉道隆，山下節義，西尾雅七：医療機関と患者の関係(2)〔第34回日衛学会報告記録〕，日衛誌，19，142-143 (1964)。
- 11) E. Maurice Bakett: Future role of the family doctor, THE LANCET, 1075-1076 (November 12, 1960)。
- 12) National Health Service Act, 1946: Her Majestys Office, London (1946)。
- 13) 西尾雅七，奈倉道隆，山下節義：医療機関相互の結びつきの実態について，公衛誌，27，575-577 (1963)。
- 14) Paul Durand: La Politique Contemporaine de Sécurité Sociale, Librairie Dalloz, Paris, (1953)。
〔邦訳紹介 前田信雄：医療の特質と病院医療，週刊社会保障，17 (234)，16-18 (1963)〕
- 15) D. L. Corombie: The Future pattern of Medical Practice, THE LANCET, 7250-7251, (August 11, 1962)。
- 16) T. N. Rudo: Dangerous inherent in Hospital Admission of Elderly Patients, Gerontol Clin., 6, p. 180 (1964)。
- 17) Howard A. Rusk: Rehabilitation Medicine, The c. v. Mosby Company, Saint Louis (1964)。
- 18) 京都社会医学研究会：地域医療の展望，社会医学研究，9，24-26 (1964)。
- 19) 川上武：医療の論理，p. 46-49，頸草書房，東京 (1965)。
- 20) Nursing Homes, Their Patients and Their Care, Public Health Monograph No 46 (1957)。
- 21) ALMONT Lindsey: Socialized Medicine in England and Wales, p. 194-195, The University of Norse Carolina Press (1962)。
- 22) Arnold Golodetz et al: The Care of Chronic Illness, Medical Care, 7, 385-394 (1969)。
- 23) 宮入昭午他：中小企業労働者の自主的健康管理活動，公衛誌，30，94-99 (1966)。
- 24) Report of the Working Party on Social Workers, Her Majesty's Stationary office, London (1959)。
- 25) 厚生白書43年版，p. 358，東京 (1968)。
- 26) 労働白書43年版，p. 170，東京 (1968)。

(受付1970年1月14日)